№ 31. Wien, Freitag den 3. August 1860. VI. Jahrg.

Oesterreichische Zeitschrift für practische Heilkunde.

Herausgegeben von dem Doctoren-Collegium
der
medicinischen Facultät in Wien.
Redigirt von Prof. Dr. **v. Patruban** und Docenten Dr. **Drasche.**

Beiträge zur Kriegschirurgie.

Von Dr. ***I. Neudörfer****, Docent der Chirurgie, d. Z. Chefarzt der III. Abtheilung in St. Spirito.*

I. Die Amputationsmethode nach Thiersch.

Prof. Thiersch in Erlangen, vom Principe ausgehend, dass ein Amputationsstumpf, dem weniger Blut zugeführt wird, nur eine geringe Eiterung zulässt, und dass mit der Abnahme der Eiterung auch die Wahrscheinlichkeit des Eintrittes der Pyämie abnimmt, hat den Vorschlag gemacht, einer jeden Amputation die Unterbindung des, die Extremität versorgenden Hauptarterienstammes vorausgehen zu lassen, und er, sowie Nussbaum in München, haben diese Methode in einigen Fällen mit Erfolg geübt.

Unter gewöhnlichen Verhältnissen würde ich es kaum gewagt haben, eine Methode nachzuahmen, wo statt einer schweren Verletzung, deren zwei gesetzt werden, und wo überdiess die bisher in keiner Weise anerkannte Indication für die vorausgehende Ligatur eine Reihe von Gefahren im Gefolge hat, die jeden denkenden Chirurgen von einem solchen Verfahren abschrecken muss. Die traurigen Ergebnisse der Amputationen jedoch, die ich auf meiner Abtheilung erlebt habe, übereinstimmend mit den schlechten Amputationsergebnissen in den franco-sardinischen und den anderen österreichischen Spitälern, gegenüber den zwar wenigen, aber durchgehends günstigen Resultaten von Thiersch und Nussbaum haben mich bewogen, dieses, wenn auch zweifelhafte Mittel in Betracht zu ziehen, und die Ansicht, dass die vorausgeschickte Unterbindung mich vor jedem Blutverluste bei der Operation, wie vor jeder grösseren Nachblutung sichern wird, hat nicht wenig dazu beigetragen, mein Schwanken zum Entschluss zu reifen. So habe ich denn die Unterbindung in eilf Fällen der Amputation vorausgehen lassen, und zwar 7 Mal bei der Amputation des Oberschenkels im unteren Drittheil, wo die Arterie unter dem Poupart'schen Bande blossgelegt wurde, 3 Mal bei der Unterschenkelamputation, wo sie unter dem Sartorius hervorgeholt wurde, und 1 Mal bei der Amputation des Oberarmes dicht über dem Ellbogengelenke, wo die Unterbindung im oberen Drittel ausgeführt wurde.

Diese Versuche lieferten ein Beobachtungsmaterial, welches für den Physiologen wie für den Chirurgen gleich wichtig ist. Ich beginne mit dem physiologischen Theile der Frage.

Bei allen eilf Versuchen ohne Ausnahme, wo unmittelbar nach der Unterbindung der Hauptarterie amputirt wurde, zeigte es sich, dass das Hauptgefäss, welches doch durch ein festes Zusammenschnüren an der Ligaturstelle absolut unwegsam war, dennoch einen continuirlich rieselnden Blutstrom gab; während zahlreiche Muskeläste, die unter gewöhnlichen Verhältnissen kaum beachtet werden, in den eben angeführten Fällen sehr erweitert waren, in weitem Bogen zpritzten und grösstentheils unterbunden werden mussten. Aus diesen wohl constatirten Thatsachen geht hervor:

1. Dass nach der Unterbindung eines Hauptgefässes sich ein Collateral-Kreislauf einstellt, der nicht nur auf die Nebengefässe der Gliedmasse beschränkt ist, sondern sich auch auf das Hauptgefäss selbst erstreckt, indem das Blut auf dem kürzesten Wege unterhalb der Verbindungsstelle in das Hauptgefäss gelangt, so dass durch die Unterbindung nur eine ganz kurze Strecke des Gefässes ober- und unterhalb der Unterbindungsstelle unwegsam bleibt. Mit anderen Worten: Durch die Unterbindung wird der geradlinigen Blutbahn an einer Stelle eine sehr bedeutende Krümmung aufgezwungen, wobei an der Krümmungsstelle der Querschnitt der Blutbahn plötzlich weit wird, indem das Blut zahlreiche zu einem Wundernetze sich verschlingende Muskeläste passiren muss, ehe es wieder in das Hauptgefäss gelangen kann.

2. Dass dieser Collateral-Kreislauf in einer Zeit zu Stande kam, über deren Dauer man sich bisher keine klare Vorstellung machen konnte. Bei allen oben angeführten Operationen waren von dem Momente der Zuschnürung des Hauptgefässes bis zur Durchschneidung desselben in der Amputationswunde nicht über 3—5 Minuten verflossen, welche Zeit nothwendig war, die Ligatursstelle zu verbinden, dem Kranken die für die Amputation nöthige Lage zu geben und den Schnitt zu führen, und doch waren in dieser kurzen Zeit alle Zeichen eines vollständig eingeleiteten Collateral-Kreislaufes prägnant zu Tage getreten.

Diese überraschenden Thatsachen führen zu folgenden Betrachtungen:

Wenn man einem Flussbette mit einem gegebenen con-

stanten Gefälle, welches sich in zwei ziemlich gleiche Arme (nach Art der Δ Bildung) theilt, den einen Arm durch einen Damm unwegsam macht, so wird die Folge hievon sein, dass sich das Wasser an der eingedämmten Stelle stauet, diese Stauung wird sich stromaufwärts auf eine gewisse Strecke ausdehnen, das Gefälle steigern und das Wasserquantum, welches früher durch beide Stromarme abfloss, durch den wegsam gebliebenen Arm hindurchdrängen, indem sowohl die Geschwindigkeit des Wassers als der Querschnitt des wegsamen Armes mit dem durch die Stauung gewachsenen Gefälle sich vergrössern. Diese Verhältnisse werden in der Hauptsache noch immer dieselben bleiben, wenn man sich die freie Oberfläche des Flussbettes durch eine elastische Decke verschlossen denkt, oder wenn man sich das Flussbett als einen gabelig getheilten elastischen Schlauch vorstellt, nur wird sich in diesem Falle die Stauung noch weiter nach aufwärts erstrecken und die Zeit, in welcher die Ausgleichung zwischen dem gesteigerten Gefälle und der hieraus resultirenden grösseren Stromgeschwindigkeit und dem grösseren Querschnitt des wegsamen Armes wird eine andere als früher sein. Wenn ferner oberhalb der eingedämmten Stelle sich einige Seitencanäle vorfinden, so wird durch diese allerdings eine den gegebenen Verhältnissen entsprechende Wasserquantität hindurchtreten, niemals aber wird dasselbe stromaufwärts fliessen, um wieder in das ursprüngliche Flussbett zu gelangen. —

In unserem Körper stellen die Aorta und die beiden Hüftschlagadern das sich gabelig theilende Flussbett dar, in welchem das Gefälle durch die Propulsivkraft des Herzens repräsentirt wird. Wird nun der eine Arm an irgend einer Stelle, z. B. an dem Poupart'schen Bande, unterbunden, so sollte der Analogie noch die Stauung des Blutes bis in die Aorta abdominalis sich erstrecken, und da das abfliessende Blutquantum eine bestimmte Grösse ist, so sollte der zweite wegsam gebliebene Arm, d. i. die Schenkelarterie des anderen Beines jenen Ueberschuss an Blut durchlassen, welcher nicht durch die kleinen Arterien abgeflossen ist. In der Wirklichkeit ist von allem dem nichts wahrzunehmen. Bei den zahlreichen Unterbindungen, die bisher von sorgfältigen Beobachtern ausgeführt wurden, ist nichts derartiges beobachtet worden. Niemand hat unmittelbar nach einer Unterbindung einer grossen Arterie eine Aenderung in der Propulsivkraft des Herzens, in der Frequenz seiner Schläge, eine Stauung in der Bruchaorta oder einen grösseren Blutreichthum in der anderen Extremität wahrgenommen. Im Gegentheile zeigen die früher angeführten Thatsachen, dass schon nach wenigen Minuten das Blut in die unterbundene Schlagader selbst unterhalb der Unterbindungsstelle eindringt, und dort die retrahirte Arterie ausfüllend, gleichmässig (ohne Pulsation) mit einer geringeren Geschwindigkeit fortfliesst, eben wie aus der Beobachtung der aus anderen Gründen ausgeführten Ligaturen hervorgeht, dass nach der Unterbindung an den beiden Extremitäten weder ein Unterschied in der Temperatur, noch in der Fülle derselben, noch in der Elasticität und dem Turgor ihrer Bedeckungen wahrnehmbar ist.

Alle diese Vorgänge werden vollkommen klar, sobald man sich über die Circulationsverhältnisse die richtige Vorstellung macht. Ich habe bereits früher*) nachgewiesen, dass beim Kreislaufe ausser der im Centrum befindlichen Propulsivkraft noch eine zweite allenthalben an der Peripherie ihren Sitz habende Molecularkraft thätig ist, welche der ersteren mindestens gleichkommt oder gar sie übertrifft, und welche auf die Richtung des Blutstromes bestimmend einwirkt. Mit anderen Worten: der an jedem Puncte der Peripherie bei der Ernährung und dem Stoffumsatz in den einzelnen Gewebselementen thätige endosmotische und Diffusionsprocess bringt eine Summe von mechanischer Kraft auf, welche in einzelnen Fällen der Herzkraft gleichkommt, in anderen sie übertrifft und durch eine Art Aspiration das Blut überall hinleitet, wo es durch die Propulsivkraft des Herzens allein nicht hingelangen würde. In einem ganz ähnlichen Sinne spricht sich **Blasius** aus bei Gelegenheit der Erörterung über die Entstehung der Hydrokele und des Hydrovariums. Da mir bis zur Stunde alle literarischen Hilfsmittel unzugänglich sind, so kann ich leider die Quelle nicht näher citiren, ich weiss nur, dass der betreffende Aufsatz im Jahre 1858 erschienen ist.

Wenn man also festhält, dass bei der Fortbewegung des Blutes zwei nahezu gleiche Kräfte thätig sind, d. i. die Druckkraft des Herzens und die an jedem Puncte der Peripherie befindliche, die ich kurzweg die Saugkraft nennen will, **sowie, dass diese beiden Kräfte durch den Act der Unterbindung allein in keiner Weise alterirt werden**, so wird es begreiflich, warum nach einer Unterbindung keine Stauung im Aortensystem, keine Blutüberfüllung in der zweiten von der Unterbindung nicht getroffenen Extremität, kein Unterschied in der Temperatur' in dem Turgor und in der Elasticität der Bedeckungen der beiden Gliedmassen wahrnehmbar ist, weil ja die Kräfte, welche das Blut zu jedem Puncte der Extremität hinzuleiten haben, durch die Unterbindung nicht kleiner wurden. Zwar wachsen die Widerstände durch die Unterbindung, doch werden diese bald ein für alle Male überwunden.

Da die continuirlich wirkende Saugkraft durch die Unterbindung nicht aufhört, so verwandelt sich dieselbe in Spannkraft, die fortwährend wächst, bis sie hinreichend gross ist, um die Widerstände zu überwinden und sich in lebendige Kraft umzusetzen. Ist dieses geschehen, ist nämlich das Blut durch Erweiterung der Nebenwege wieder in das normale Geleis gelangt, so sind dann die Circulationsverhältnisse dieser Extremität von jenen vor der Unterbindung nicht wesentlich verschieden. Die früher angeführten Thatsachen haben gezeigt, dass diese Umsetzung von Spannkraft in lebendige Kraft schon in 3—5 Minuten vollendet ist, dass also in dieser Zeit der Collateralkreislauf vollkommen ausgebildet ist. — Wir können demnach das Bisherige in folgende physiologische Thesen zusammenfassen:

1. Durch die Unterbindung der Hauptarterie eines Gliedes wird, sobald der Collateralkreislauf einmal hergestellt ist, weder das absolute noch das relative, d. i. das in der Zeiteinheit der Extremität zugeführte Blutquantum (die Geschwindigkeit), soweit sich dieses ohne Messungen nach blossen approximativen Schätzungen angeben lässt, in irgend einer Weise alterirt. Es verfügt vielmehr die von der Unterbindung getroffene Extremität nach wie vor der Unterbindung über dasselbe Quantum der Ernährungsflüssigkeit. Man spricht gewöhnlich auch vom Impetus des Blutes, welcher durch die Unterbindung vermindert wird. Wenn unter Impetus bloss die stossweise Fortschaffung des Blutes verstanden wird, so ist dieses richtig, indem das Blut nach der Unterbindung nicht pulsatorisch, sondern mit gleichmässiger

*) Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte in Wien. 1857, pag. 102.

Geschwindigkeit fortfliesst; wenn aber unter Impetus die Druckgrösse verstanden wird, unter welcher das Blut herumgetrieben wird, so wird durch die Unterbindung der Impetus nicht geändert, weil mit der Herstellung des Collateralkreislaufes die Widerstände überwunden sind und die mechanische Kraft für die Blutbewegung durch die Unterbindung nicht geändert wird.

1. Der Collateralkreislauf wird nicht nur durch die erweiterten Neben- und Muskelgefässe vermittelt, sondern es dringt das Blut in den Hauptstamm selbst nahe unterhalb der Unterbindungsstelle ein und fliesst in demselben mit gleichmässiger Geschwindigkeit (nicht pulsatorisch) fort.

3. Der Collateralkreislauf wird nicht bloss durch die Druckkraft des Herzens, sondern auch durch die an der Peripherie thätige Saugkraft vermittelt und diese letztere ist es hauptsächlich, welche den Collateralkreislauf so vollkommen macht, dass die Unterbindung keine üblen Folgen hat, auch dann nicht, wenn beide Hauptarterienstämme, wie die beiden Carotiden u. s. w. unterbunden werden; diese ist es auch, welche dazu beiträgt, dass der Collateralkreislauf schon nach 3—5 Minuten vollkommen hergestellt ist.

Ich gehe jetzt zum c h i r u r g i s c h e n Theile der Frage über.

Es dürfte sich Manchem die Frage aufdrängen, woher es denn kommt, dass man die oben beschriebenen Erscheinungen bei einer gewöhnlichen Amputation, wo man statt der vorausgeschickten Unterbindung ein Tourniquet anlegt oder die digitale Compression anwendet, nicht wahrnimmt?

Ich habe niemals zum Behufe einer Amputation ein Tourniquet angelegt und auch niemals zu diesem Zwecke eines anlegen gesehen, ich habe also über die Verhältnisse, wie sie sich beim Anlegen eines Compressoriums gestalten, keine Erfahrung, und kann daher nur über die digitale Compression sprechen. Gewöhnlich sucht sich der comprimirende Assistent im Beginne der Operation die Arteria auf, markirt sich ihren Ort und lässt den Fingerdruck erst im Moment des Muskelschnittes auf sie wirken. Es ist hierbei einerseits die Zeit bis zur Unterbindung der Arterie in der Wundfläche (wo dann gewöhnlich die Compression endet) zu kurz, um einen vollständigen Collateralkreislauf einzuleiten, andererseits beginnt die Compression erst in dem Momente, wo durch den Muskelschnitt die Verhältnisse an der Peripherie alterirt werden, wo also die Saugkraft durch die Continuitätstrennung, durch die offenen, klaffenden Arterien und Lymphgefässmündungen, durch die mechanische und dynamische Reizung, durch diese abnormen Zustände sehr geschwächt, wenn nicht ganz vernichtet ist, und die Druckkraft des Herzens allein ist nicht im Stande, einen vollständigen Collateralkreislauf herzustellen und desshalb erreicht man mit der digitalen Compression vollständig den angestrebten Zweck, bei der Amputation aus der durchschnittenen Hauptarterie kein Blut zu verlieren, und da sich noch kein Collateralkreislauf hergestellt hat, so bluten auch die anderen Neben- und Muskelgefässe nur wenig. Wenn aber durch missverstandenen Eifer des Assistenten die Compression zu früh begonnen wird, so dass bis zum Muskelschnitt hinreichend Zeit vorhanden ist, für die Herstellung eines Collateralkreislaufes und wenn eben desshalb trotz der sorgfältigsten Compression, die Arterie in der Amputationswunde dennoch blutet, so ist man eher geneigt, die Blutung der mangelhaften Compression, als den geänderten Circulationsverhältnissen zuzuschreiben, und dadurch wurde die Bildung des Collateralkreislaufes durch die Hauptarterie, wenn sich ein solcher entwickelte, übersehen.

Es ist übrigens nicht unwahrscheinlich, dass bei der Compression, wo nicht nur die Arterie, sondern auch die Venen, die Lymphgefässe und die trophischen Nerven gedrückt werden, auch durch diese Umstände die Herstellung des Collateralkreislaufes mehr Zeit erfordert, und auch desshalb bei der Amputation, die man gerne so schnell als möglich vollendet, nicht leicht wahrgenommen werden kann. —

(Fortsetzung folgt.)

Casuistik.

9. Aus der ophthalmologischen Praxis. Staphyloma corneae et scleroticae. Enucleatio bulbi, anatomische Untersuchung. Von Dr. **Otto Just** *jun., prakt. Arzte, Augen- und Ohrenarzte zu Zittau.*

Frau M., 49 Jahre, von einem Dorfe in der Nähe von Zittau, suchte Ende Mai d. J. meine Hilfe wegen eines Leidens am rechten Auge. Dasselbe war seit 12 Jahren Sitz fortwährender Entzündung und heftiger Schmerzen, die sich über den ganzen Kopf ausbreiteten und der Kranken selten den Schlaf gestatteten. Seit 4 Jahren ist das Auge ganz blind, nur noch für ganz helles Sonnenlicht empfindlich und zeigt eine staphylomatöse Vorwölbung der Hornhaut; eine zweite Vorwölbung wird sichtbar, wenn das Auge stark nach unten gelenkt wird. Die Hornhaut stellte eine gleichförmig gewölbte Kugel dar ohne alle Höcker und ist von zahlreichen, kleinen Blutgefässen überzogen, die Sclerotica schimmert durch die stark hyperämische Bindehaut überall weiss hindurch, nur an der oben erwähnten vorgewölbten Stelle, welche beim Sehen nach Unten sichtbar wird, ist dieselbe dunkel blaugrau gefärbt. Durch die fortwährenden, heftigen Schmerzen im Kopf und im Auge, wodurch jede Nacht schlaflos zugebracht wird, ist Patientin so entkräftet, dass es am gerathensten erscheint, die Ursache dieser Schmerzen ganz zu entfernen, und diess um so mehr, als bei der langen Dauer des Uebels wohl eine Degeneration der Chorioidealgefässe vorauszusetzen war, welche letztere nach A r l t bei der Abtragung des Staphyloms leider sehr heftige, selbst lebensgefährliche Nachblutungen bedingt.

Ich beschloss daher, die Enucleatio bulbi nach A r l t's, meines hochverehrten Lehrers, Methode, zu machen und führte die Operation unter Assistenz des königl. Bezirksarztes Herrn Dr. J u s t am 4. Juni aus. Die Operation selbst bot nichts Besonderes dar. Der Erfolg war eclatant, denn schon die erste Nacht brachte einigen Schlaf, die Schmerzen verschwanden allmälig und nach dem Vernarben des Stumpfes am 10. Tage waren alle Schmerzen verschwunden und Patientin schläft jede Nacht ruhig und ungestört. Unter dem Gebrauche von Eisen hat Patientin nunmehr auch an Kräften zugenommen und sieht gesünder aus, als seit langer Zeit.

Der enucleirte Bulbus wurde gleich nach der Operation in eine Lösung von Chromsäure gelegt und am 10. Juli untersucht. Der Durchmesser des Auges von vorn nach hinten mass 31.5 Mm., der der Hornhaut an der Basis 13.7 Mm., der höchste Punct der Hornhaut war 6 Mm. über der Basis erhaben. Etwas nach aussen und hinten vor der Insertion des Rectus superior erhebt sich ein bläuliches, weiches Staphylom der Sclerotica, etwa 17 Mm. im Durchmesser. Es wurde nun ein Schnitt durch den Bulbus in der Art gemacht, dass derselbe sowohl das Hornhaut- als auch das Scleroticalstaphylom in der Mitte durchtrennte; gleich beim Einschneiden

drang soviel gelbliche Flüssigkeit heraus, dass der Bulbus collabirte und der Schnitt unter Wasser mit der Scheere vollendet werden musste.

Die Hornhaut erschien weich, eher verdünnt als verdickt, ihre äussersten Schichten leicht abzublättern, die Innenfläche mit zahlreichen Pigmentschollen bedeckt, Regenbogenhaut nur noch in Resten vorhanden, die der Cornea dicht anliegen. Die Linse lag an der normalen Stelle, nur an der einen Seite vom Corpus ciliare (wahrscheinlich während des Durchschneidens) losgerissen; sie zeigte alle Charaktere einer harten Cataractes. Das Corpus ciliare normal, Retina und Chorioidea vom Bulbus nicht losgelöst, in letzterer nur der stellenweise beträchtliche Mangel des Pigmentes auffallend, die Chorioidealgefässe nicht erweitert. Besonders an den Staphylomasclerae ist der Pigmentmangel so gross, dass man nur sehr wenige bräunliche Puncte wahrnehmen kann. Die Netzhaut gelblich, braun getrübt. Sclerotica an der ausgedehnten Stelle auf $\frac{1}{2}$—$\frac{1}{4}$ der Dicke der übrigen Sclerotica verdünnt. Vom Glaskörper an dem vorderen Theile des Bulbus einige gallertartige Reste zu sehen. Die mikroskopische Untersuchung unterblieb, um das Präparat nicht zu zerstören.

Die Section wies somit nach: abgelaufene Chorioideitis mit Ausgang in Maceration des Pigments, Auflösung des Glaskörpers, Verdünnung und Ectasie der Sclerotica an der näher bezeichneten Stelle; Cataracta dura; Malacie der Hornhaut und Extensionsstaphylom.

Wenngleich eine Erweiterung und Ausdehnung der Chorioidalgefässe hier nicht aufgefunden wurde, so war sie doch wegen der bedeutenden Ectasie der Sklera zu vermuthen und daher die Operation gerechtfertigt. Schon der sichtliche Vortheil für das Allgemeinbefinden, den die Beseitigung der Ciliarneurose mit sich brachte und der durch die Staphylomoperation kaum so sicher erzielt werden dürfte, würde, in meinen Augen wenigstens, die Vornahme dieser ganz ungefährlichen radicalen Operation rechtfertigen.

10. Eigenthümlicher Capselstaar bei fehlender Linse nach Verletzung des Auges.

E. B., 39 Jahre alt, Bäcker aus Ringelshain in Böhmen, stellte sich mir am 8. Juli d. J. vor, um sich auf dem rechten Auge wegen grauen Staares operiren zu lassen. Mit unbewaffnetem Auge erkannte ich allerdings eine grauliche Trübung des Linsensystems, doch fiel sogleich ein Zittern der Iris bei jeder Bewegung des Auges auf; eine genaue Untersuchung ergab nun Folgendes:

Patient will vor 20 Jahren durch ein Stück eines abgesprengten Zündhütchens das rechte Auge sich verletzt und von da an eine Verschlechterung des Sehvermögens gemerkt haben, bis er fast vollständig erblindete. Jetzt unterscheidet das rechte Auge nur noch Licht und Schatten. Der Bulbus fühlt sich normal gespannt an, Conjunctiva palpebralis et bulbi normal. Iris bei jeder Bewegung hin und her schwankend, bei erweiterter Pupille in geringerem Grade. Der Purkinje-Sanson'sche Versuch zeigte nur das Spiegelbild der Hornhaut, die Linse fehlte somit. Bei seitlicher Beleuchtung erscheint die Trübung, welche ein anderer Arzt für einen Linsenstaar gehalten, als Rest der zusammengefalteten verdickten und getrübten vorderen Capsel, welche wie ein Vorhang vom inneren oberen zum unteren äusseren Rande der Iris schräg über die Pupille gieng, also den oberen Theil der Pupille frei liess. Die hintere Capsel erschien nicht so vollkommen getrübt, sondern nur von einem punctförmigen Exsudate bedeckt. Mit dem Augenspiegel wurde nirgends ein Rest des angeblich eingedrungenen Zündhütchens gefunden, ebenso keine Narbe an der Hornhaut oder Sclerotica, vom Augenhintergrunde konnte man nur ein trübes, röthliches Leuchten wahrnehmen.

Wahrscheinlich war hier das Zündhütchenstück in der Art eingedrungen, dass es die Linsencapsel ein- und von dem Ciliarkörper losriess, hiedurch wurde einerseits die Staarbildung und Auflösung der Linse eingeleitet, andererseits der Iris ihr Halt geraubt und das Schwanken und Zittern der letzteren bedingt. Das Kupferstückchen mag so in den Glaskörper gelangt und hier allmälig eingecapselt worden sein, doch konnte es wegen der dichten Capseltrübung nicht wahrgenommen werden.

Die Operation konnte hier nur den Zweck haben, die vordere und hintere Capsel zu entfernen, ein Eingriff, der mir doch zu bedeutend schien, umsomehr, als bei der Haltlosigkeit der Iris der Erfolg kaum befriedigend gewesen wäre. Ich vertröstete daher den Kranken auf das Reifwerden des beginnenden, harten Staares am linken Auge.

(Werden fortgesetzt.)

Mittheilungen.

A. Aus der gerichtsärztl. Praxis wundärztlicher Section.

Uebertretung gegen die Sicherheit des Lebens durch Curpfuscherei und unbefugten Verkauf von Heilmitteln. (St.-G. §. 334, 354, 355.)

Gerichtsärztlich zusammengestellt von Dr. ***Schumacher***, k. k. Prof. in Salzburg.

(Schluss.)

3. Anzeige des Ordinarius Dr. A.

1. C. G. litt an einer Kniegelenks- und Knochenentzündung des linken Oberschenkels.

2. Die Folge der Kniegelenksentzündung war totale Verwachsung der beiden Gelenkflächen, daher vollkommene Unbeweglichkeit oder Steifheit des im Knie gebeugten Unterschenkels.

3. Der Unterschenkel war wegen der Unbeweglichkeit und der mangelnden Uebung, wie diess bei allen ausser Gebrauch gesetzten Gliedmassen der Fall ist, abgemagert und die Knochen daher zarter und etwas geschwunden.

4. In dem Alter des Kranken sind die Gelenkenden der Röhrenknochen mit ihrem Mittelstück durch eine knorpelig knöcherne Masse verbunden, welche weniger Festigkeit besitzt, als die solide Knochensubstanz im Mannesalter.

5. Nach der von K. in Anwendung gebrachten Streckung, während welcher der Kranke im Fusse ein Krachen vernahm, konnte der früher um mehr als 90 Grad geknickte Fuss gerade auf eine Schindel gelegt werden.

6. Es gibt keine Vorrichtung, Vorkehrung oder Gewalt, durch welche in der kurzen Zeit von wenigen Minuten eine so feste totale Verwachsung im Kniegelenke ohne anderweitigen Schaden getrennt, d. h. zerrissen und der Fuss darnach gerade gestreckt werden könnte.

7. Statt dass sonach die Verbindung zwischen den regelwidrig verwachsenen Gelenkflächen gehoben wurde, wurde ein Bruch des Schienbeins und zwar an der Verbindungsstelle zwischen Gelenkende und Mittelstück herbeigeführt. K. hat daher dem C. G. einen Knochenbruch beigebracht.

8. Die Gefahr eines Knochenbruches war für K. um so leichter vorauszusehen, als jeder Laie weiss, dass junge Knochen zarter, schmächtiger und weicher sind, als die der Erwachsenen, und als

schon der Augenschein zeigte, dass der Fuss abgemagert und geschwunden war.

9. Nach geschehenem Bruche rückte das Bruchende der Schienbeinröhre durch den Zug der Muskeln nach rück- und aufwärts hinter den abgebrochenen Gelenkkopf und drückte dort auf die Kniekehlenschlagader.

10. In diesem Zustande wurde der Fuss auf einen geraden, untergelegten, festen Körper befestigt.

11. Hiedurch wurde, da der Druck auf die Kniekehlenschlagader fortdauerte, der Blutlauf unterbrochen und der Fuss starb so weit ab, als die Circulation unterbrochen war.

12. Da nun unter den gegebenen Umständen der Bruch am wahrscheinlichsten dort erfolgte, wo der Knochen am nachgiebigsten war und da der gebrochene Schienbeinrand an keiner anderen Stelle durch die Muskeln gezogen werden konnte, so ist das Absterben des Fusses eine nothwendige Folge des unternommenen Streckversuches und der darnach vollbrachten Befestigung auf der geraden Schindel.

13. Bei der langen Zeit, während welcher der Fuss im Absterben begriffen war, ist eine Menge Brandjauche in den Organismus aufgesaugt worden — die Aufnahme von Brandjauche führt jederzeit lebensgefährliche Znstände herbei.

14. Das brandige Absterben des Fusses war daher ein lebensgefährlicher Vorgang, um so mehr, als der Kranke durch ein mehr als zweijähriges Krankenlager geschwächt war.

15. K. hat daher nicht bloss den Knochenbruch veranlasst, den Verlust der Gliedmasse verursacht, sondern auch das Opfer seiner Curpfuscherei in offenbare Lebensgefahr gestürzt.

4. Protocoll,

aufgenommen von dem Bezirksamte in S. über die ärztliche Besichtigung des Carl G.

Carl G., 10 Jahre alt, ist kräftig gebaut und sieht gesund aus. Der linke Oberschenkelstumpf ist bis auf eine kleine Stelle geheilt, so dass die baldige Anlegung einer künstlichen Gliedmasse, in welcher der Sitzknochen aufsitzt und der amputirte Fuss horizontal zu liegen kommt, wünschenswerth ist, weil hiedurch das perpendiculäre Herabhängen dieses Stumpfes vermieden und so die Heilung beschleunigt würde. Sonst ist Carl G. körperlich und geistig gesund. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Amputation nach den Regeln der Kunst und Wissenschaft vollzogen wurde, wofür auch der äusserst günstige Erfolg spricht.

Nachdem die Herren Aerzte den Carl G. über den ganzen Vorgang umständlicher befragt und die Krankengeschichte zur Einsicht genommen hatten, wurden denselben nachstehende Fragen zur Beantwortung gegeben:

1. Ist mit Rücksicht auf die Krankengeschichte und den jetzigen Befund des Carl G. die Amputation des linken Oberschenkels erst durch die Folgen des angewendeten Kniebrechens und Geradestreckens des linken Fusses nothwendig geworden, oder wäre die Amputation des contracten Fusses auch ohne dieses Verfahren erforderlich gewesen?

Antwort: Da der Knabe durch drei Jahre ein zusammengezogenes und verkrümmtes Knie als Folge der Gelenksverwachsung hatte, welcher Zustand, ohne das Leben zu gefährden, bis an sein Ende fortgedauert hätte, so erhellet, dass unter diesen Umständen die Amputation nicht angezeigt war.

Aus der Anamnese und dem Sectionsbefunde geht zweifellos hervor, dass die Amputation nach der eben so grausamen als gewaltthätigen Brechung des Kniegelenkes und dem dadurch nothwendig herbeigeführten Brande, als das einzige Mittel zur Rettung seines Lebens angezeigt war und vorgenommen werden musste.

2. Ist der Bruch des Kniegelenkes unter den vorliegenden Umständen ohne Rücksicht auf die nachgefolgte Amputation eine leichte, schwere oder lebensgefährliche Verletzung?

Antwort: Die gewaltsame Brechung eines ganz verwachsenen und verkrümmten Kniegelenkes, weil dieselbe nicht nur eine andauernde Verrichtungsstörung, sondern meist den Verlust dieses wichtigen integrirenden Körpertheiles zur Folge hat, woraus dem Beschädigten eine bleibende Verunstaltung oder meist eine solche Verstümmlung zugeht, ist an und für sich und unbedingt eine schwere Körperverletzung. Vorliegend wurde durch den eingetretenen Brand dieser Eingriff lebensgefährlich, welche Lebensgefahr nur durch die rechtzeitige Abnahme des Oberschenkels beseitigt wurde.

3. War die aus der Krankengeschichte zu entnehmende Behandlungsweise des gebrochenen Kniegelenkes eine zur Heilung dienliche oder zweckwidrige? wobei zu berücksichtigen kommt, dass beiläufig 14 Tage nach diesem Vorgange, der Kranke mit seinem gerade hinabhängenden Fusse wieder ausgegangen sei.

Antwort: J. K. hatte das gebrochene Knie und den Unterschenkel mit einem nach Pech riechendem Pflaster bedeckt, das nur einmal gewechselt wurde, auch hatte er an der hinteren Fläche des Fusses vom Knöchel an, bis über das Kniegelenk, eine Schindel angelegt und selbe mit einem Tuche fest über das Knie angezogen, welches Tuch täglich fester zusammengeschnürt wurde. Das Pechpflaster hat die Entzündung, statt zu mindern, nur gesteigert, der Druckverband hat durch Hemmung der Circulation und Ernährung den Brand herbeigeführt. Aus der Steigerung der Entzündung durch das Pflaster und den Druckverband erklären sich die hochgradigen Schmerzen in den ersten vier Tagen, sowie der darauf eingetretene Brand und die Schmerzlosigkeit, welche dem Kranken nach vierzehn Tagen das Ausgehen mit hängendem Fusse ermöglichte. Gleich darauf zeigten sich aber Brandblasen und die Amputation wurde selbst von Johann K. als nothwendig angerathen. Hieraus erhellt, dass die Behandlungsweise des gebrochenen Kniees eine ganz zweckwidrige war.

4. In welche Kategorie der Gefährlichkeit wird die Amputation eines Oberschenkels in der Wundarzneikunde mit Rücksicht auf die vorwaltenden Umstände gerechnet?

Antwort: Die Amputation des Oberschenkels bleibt immer eine lebensgefährliche Operation, weil jedenfalls der Operirte am Blutverluste, am eingetretenen Brande, an den Folgen des Wundfiebers, an Eitervergiftung des Blutes etc. sterben kann, wenngleich die Operation ganz nach den Regeln der Kunst und Wissenschaft vollzogen wurde.

Vorliegend war die Operation schon desshalb mit Lebensgefahr verbunden, weil sich nicht bestimmen liess, ob dieselbe dem Brande Gränzen setzen werde.

5. Sind, nach dem jetzigen Zustande des Knaben und des operirten Fusses zu schliessen, noch weitere Nachtheile für seine Gesundheit oder sein Leben als Folgen der Operation oder der vorausgegangenen Behandlung des Fusses zu befürchten?

Antwort: Nach dem Aussehen des Knaben und der amputirten Stelle zu schliessen, lässt sich, wenn nicht unverhofft andere Umstände eintreten, nichts befürchten.

6. Wäre es möglich gewesen, das verwachsenene Kniegelenk ganz oder derart zu heilen, dass es der Knabe wieder hätte gebrauchen können? (Nach Einsichtnahme der Krankengeschichte von zwei Wundärzten, die den C. G. mit Caries und Anchylose vor längerer Zeit behaftet fanden, denselben aber nur kurze Zeit behandelten.)

Aus den protocollarischen Erhebungen lässt sich mit Klarheit und Bestimmtheit über das Kniegelenkleiden des C. G. nichts entnehmen; da über die Art der Entstehung des Leidens nichts vorliegt, auch von Seite der beiden Chirurgen keine systemmässige und continuirliche Behandlung eingeleitet werden konnte, weil selbe wiederholt von Curpfuschern unterbrochen wurde.

Nur soviel lässt sich mit Gewissheit sagen, dass eine Verwachsung und Verkrümung des Kniegelenkes mit oder ohne Beinfrass, welche sich durch 3 Jahre ausbildete, durch keine wundärztliche Kunst gehoben und geheilt werden könne und daher als ein bleibendes Uebel betrachtet werden müsse.

Ob übrigens bei einer zweckmässigen und andauernden Behandlung diese ursprüngliche Entzündungsgeschwulst des Kniegelenkes mit nachfolgender Caries hätte geheilt werden können oder nicht, gehört aus Mangel der Thatsachen und vollkommenen Kenntniss des gegebenen Falles in das Gebiet der Muthmassungen, womit wir die hohen Behörden nicht behelligen zu dürfen glauben.

5. Protocoll,

betreffend die gerichtsärztliche Untersuchung der bei J. K. vorgefundenen Arzneistoffe.

Die auf ihren obhabenden Eid erinnerten Herren Kunstverständigen, welehen die in einer Kiste verwahrten, zur Untersuchung gegen J. K. gehörigen Gegenstände, bestehend aus: Flüssigkeiten in 4 Flaschen, aus 34 Schächtelchen, Arzneistoffe enthaltend und 7 Kissen mit amuletartigen Bändern, zur physikalischen und chemischen Untersuchung und Beurtheilung übergeben worden waren, geben das Untersuchungsresultat zu Protocoll:

Die 7 Kissen enthielten Vegetabilien im verkleinerten Zustande, worunter sich folgende erkennen liessen: Schafgarben und Kamillenblüten, Meisterwurz, Enzian, Pfeffermünzenkraut.

Die 24 runden Schächtelchen enthielten jedwedes eine Unze braun-schwarzes Fichtenharz gemischt mit etwas Terpenthin; die 10 vollen Schächtelchen lichtbraunes Fichtenharz mit etwas Terpenthin.

Die Flaschen Nr. 1 und 3 enthielten zusammen 24 Uncen einer gleichartigen schwärzlich trüben wässerigen Flüssigkeit mit etwas darauf schwimmenden Rosmarinoel. Ausserdem war in der Flüssigkeit noch Eisen, Blauholz und etwas Schwefelsäure nachzuweisen.

Die Flaschen Nr. 2 und 4 enthalten zusammen eine trübe, säuerliche Flüssigkeit, worauf 6 Unzen Wachholderoel schwammen. Der Bodensatz bestand aus einer ziemlichen Menge zerquetschter Beeren, deren Natur nicht erkannt werden konnte.

Fragen an die Sachverständigen:

1. Enthielt die Flüssigkeit in den 4 Flaschen eine als Gift wirkende Substanz?

2. Mussten die als: Gichtwasser, Gicht-Flechsenoel, Ziehpflaster und Schwindpünkerln bezeichneten Gegenstände beim äusseren Gebrauch eine Gefahr für die Gesundheit oder das Leben der damit behandelten Individuen besorgen lassen?

3. Wurden diese Gegenstände nach pharmaceutischen Regeln bereitet? —

Gutachten.

Ad 1. Die Flüssigkeit in den 4 Flaschen enthielt keine als Gift wirkende Substanz. Die Flüssigkeit in den Flaschen 1 und 3 enthielt wohl Schwefelsäure, jedoch so verdünnt, dass sie keine vergiftende Wirkung erzeugt hätte.

Ad 2. Aeusserlich gebraucht, liessen diese Gegenstände keine Gefahr für die Gesundheit oder das Leben der damit behandelten Individuen besorgen; wohl konnten sie aber, auf sehr empfindliche und blossgelegte Stellen angewandt, eine Entzündung verursachen oder die etwa schon vorhandene Entzündung steigern.

Ad 3. Diese Gegenstände wurden nicht nach pharmaceutischen Regeln bereitet.

Der Angekagte gibt an, dass er nach der ersten Besichtigung des C. G. erklärt habe, dass demselben zu helfen sei, doch müsse diesem der Fuss gebrochen werden, worauf er mit Einwilligung des Kranken und seines Vetters die Streckung und Brechung am Knie vollführte, sonach das Knie mit einem Pflaster belegte und eine zugerichtete Dachschindel aufband, damit der Fuss in gerader Richtung bleiben sollte. Von da an sah er täglich nach, bis der Fuss so todt wurde, dass er zu fliessen anfieng und dessen Abnahme nothwendig wurde. Er hegte die volle Hoffnung, dass der Knabe gerade werde, weil er solche Curen schon wiederholt mit Glück vollbrachte und weil der Kranke schon ausgehen konnte. Es müsse noch etwas im Fusse gesteckt sein, was er zuerst nicht sah, er habe sich für die Behandlung weder etwas bedungen, noch bezahlen lassen.

Die verschiedenen dem A. abgenommenen Arzneistoffe habe er demselben um 5 fl. C. M. verkauft, damit er sie jenen Leuten bringe, die er in dieser Gegend in Behandlung hatte. Der Angeklagte war schon früher wegen Curpfuscherei abgestraft worden.

Auf den Strafantrag der Behörde erwiderte die Vertheidigung, dass sie in der Handlungsweise des J. K. gar nichts Rechtswidriges erkennen könne, weil derselbe die Heilkunde von seiner Mutter (vulgo Umreisserin) erlernte, weil er nur auf Zureden seine Kunst ausübte und alte und junge Leute auf eine staunenswerthe Art herstellte. Man müsse nicht glauben, dass die Kunst der Chirurgie nur in den Hörsälen zu erlernen sei. Eine unbefugte Gewerbsausübung könne gegen J. K. gar nicht vorliegen, indem jede Gewerbsausübung die Erlangung eines Vortheiles voraussetze. Der Angeklagte hatte aber nur Nachtheil durch den erlittenen Zeitverlust, denn eine Geldbelohnung erhielt er nicht. Wie hätte der Angeklagte in seiner Handlungsweise nur etwas Unrechtes ahnen sollen, wenn man bedenkt, dass seine Mutter aus der Haft losgelassen wurde, um Heilungen vornehmen zu können.

Ein Handel mit Arzneistoffen sei ebensowenig vorhanden, denn A. hat selbe von dem Angeklagten nur eingetauscht und nicht gekauft.

J. K. wurde der Uebertretung gegen die Sicherheit des Lebens nach den §§. des Strafgesetzes 343, 354 & 355 schuldig erkannt.

Journalauszüge.

Der Professor der Veterinärschule in Toulouse, Dr. Lafosse, macht in dem Journal de Toulouse die höchst interessante Mittheilung, dass ein Herr Sarrans von Ricumes bei vielen Pferden in seiner Nachbarschaft jenen Pustelausschlag auf der Haut am Fessel beobachtet habe, welchen Jenner bekanntlich als die eigentliche Ursprungsquelle der echten Kuhpocke (Equine, Cowpax) bezeichnet hatte, und welche von E. Viborg als Schutzmauke (Uligo, englisch Grease, franz. Eaux aux jambes, peignes) in der Sammlung von Abhandlungen für Thierärzte, (5. Bd. Copenhagen 1857 pag. 274) so deutlich beschrieben wurde. Lafosse impfte mit Eiter von diesen Maukepusteln mehrere Kühe und euzeugte die schönsten Vaccinepusteln auf den Eutern dieser Thiere. Die Herren Doctoren Cayrel, Impfarzt in Toulouse und Laforgue, Primarchirurg in der Findelanstalt ebenda, machten nun Impfversuche an Kindern, welche volkommen gelangen. In der Sitzung der medic. Akademie zu Paris am 26. Juni d. J. wurde dieser Gegenstand discutirt und die Herren Renault und Depault machten aufmerksam, es sei noch zweifelhaft, ob jene Pferde, von welchen auf Kühe geimpft wurde, mit der wahren Mauke behaftet gewesen, da diese einen vesiculären, keinen pustulösen Ausschlag hervorzurufen pflegt und durchaus nicht von selbst so schnell (im Verlauf mehrerer Wochen) abheilt; auch wurde auf die bereits vor zwei Jahren in der Akademie verhandelte Frage der Ueberpflanzung der echten Vaccine von maukigen Pferden hingewiesen. Da Lafosse eben daran ist, diesen Gegenstand in einem eigenen Memoire zu verhandeln, so dürften wir bald Authentisches über diese hochwichtige Angelegenheit erfahren.

Das kleine Schöllkraut (Feigwarzenkraut, Scharbockkraut) Ficaria ranunculoides (Chelidorium minus der älteren Botaniker)

wird von Herrn Dr. H. Van Holsbeek als ein treffliches Heilmittel gegen Haemorrhoidalbeschwerden angerühmt. Diese Pflanze steht als Volksmittel unter der Bezeichnung »speen kruyd« (Goldaderkraut) bei den Anwohnern der Ufern der Senne in hohem Ansehen, und Dr. Van Holsbeek machte vielfältigen Gebrauch von dem Decoct, der Tinctur und dem Extract der nach dem Abblühen gesammelten Wurzel, welche an der Sonne getrocknet wird. Auch die Räucherungen mit dieser Wurzel gaben zur Linderung der Schmerzen bei entzündeten Goldaderknoten, dieselben mögen incarcerirt oder leicht reponibel sein, sehr gute Resultate. Die Formeln, deren sich Dr. V. am öftesten bediente, waren: Extracti Chelidonii minoris, 2 grammes; Extracti Nucis vomicae, $^1/_8$ gramme; zu zwei Pillen formirt, Früh und Abends eine Pille zu nehmen; zwei Räucherungen im Tage und die Application einer Mèche, welche in den Mastdarm eingeführt wurde, nachdem dieselbe mit der Salbe: Unguent. popul. 15 gr., Olei sem. Lini. 6 gr., Ectract. Chelidonii min., 4 gr.; Landani pulverisati 50 centigr. beschmiert worden war. (Presse medic. belge.)

Als antiseptisches Mittel haben die brenzlichen Nebenproducte aus den zur Gaserzeugung verwendeten Steinkohlen und den zu verschiedenen technischen Zwecken der trockenen Destillation unterworfenen Holzkohlen, welche Reichenbach seiner Zeit genau untersucht hatte, von jeher eine Rolle gespielt; das Kreosot, das Paraffin, das Eupion stehen in dieser Beziehung noch in gutem Andenken. Die Herren Corne und Demeaux in Paris haben nun im Beginn des vorigen Jahres eine Mischung von 100 Theilen Gips und 3 Theilen Coaltar (eines Steinkohlentheerproductes) als eine vorzügliche, desinficirende Substanz angerühmt, und es wurden mit dieser Mischung sehr viel Versuche sowohl in den grossen Spitälern als auch auf den Ambulanzen und improvisirten Feldlazarethen im italienischen Feldzug angestellt, welche einer akademischen Commission zur Prüfung vorgelegt wurden. Velpeau berichtet hierüber folgendes: Der Coaltar wurde theils als Pulver, theils mit Oel verrieben als Cataplasma an putriden Wunden und Geschwüren, sowie an faulenden Cadavern versucht und bewährte sich allerdings als ein kräftig desinficirendes Mittel.

Die von den Erfindern hervorgehobenen absorbirenden und geschwürsreinigenden Eigenschaften wurden jedoch nicht in dem Masse beobachtet, wie behauptet wurde; allerdings zogen die Cataplasmen einen Theil der krankhaften Secrete an sich; wurden die Ueberschläge aber nicht 5—6mal des Tages gewechselt, so blieb der Reinigungsprocess der Wunden nach einigen Tagen stehen und die Vernarbung erfolgte nicht schneller als bei den bisher üblich gewesenen Topicis. Jauchende Carcinome wurden theilweise desinficirt, die Zersetzung aber nicht beschränkt, auch die Schmerzen nicht vermindert. In Secirsälen ist das Coaltargypspulver dagegen ein treffliches Desinfectionsmittel. Faulende Leichentheile, welche man mit dem Pulver bestreute oder imbibirte, verloren sogleich den penetranten Geruch und es wurden auch die lästigen Gäste der Anatomen, die Fliegen, verscheucht. Auch zur Reinigung der Aborte und Cloaken ist diese übrigens sehr billige Mischung sehr empfehlenswerth. Auf chirurgischen Zimmern ist die Anwendung dieser Coaltarmischung aus öconomischen Gründen zu beschränken, da die Compressen im Gebrauch mit rostfarbenen, nicht mehr wegzuwaschenden Flecken bedeckt werden, was bei dem Umstande, dass die Umschläge sehr oft gewechselt werden müssen, zu beachten ist. Auch wird die Coaltarpasta sehr bald hart und afficirt durch ihr grosses Gewicht die bedeckten Wunden.

Aehnliche Erfahrungen, wo möglich noch weniger günstig bezüglich der Verwendung zum chirurgischen Verband, machten Ossian Henry jun. (Arch. gen. Oct. 1859) und Professor Sigmund in Wien.

Gegen nervöse Migräne empfiehlt Barallier in Toulon den Salmiak in hoher Dosis. Bei idiopathischer oder der nach profuser Menstruation, nach Wechselfiebern und Typhen sich einstellenden Migräne hat die Praescription: Salis ammon. scrup. duos, solve in Aq. Melissae (Menthae) unciis 4 und Syr. cort. Aurant. dr. duas in halbstündigen Intervallen vier Löffel während der Steigerung der Anfälle genommen, treffliche Erfolge erzielt. Während der Dauer der Dysmenorrhoe, sowie bei Functionsstörungen des Magens bleibt die Anwendung erfolglos. (Bullet. de therap. 15. Avril 1859.)

Die Schusswunden und ihre Behandlung. Kurz bearbeitet von Dr. C. F. Lohmeyer, Privatdocent in Göttingen. 2. Ausgabe. Wigand 1859. 207 S.

Der Verfasser, welcher als Militärarzt den schleswig'schen Krieg mitgemacht und seine in dieser Kriegsepoche gewonnenen Erfahrungen bereits im Jahre 1855 in der ersten Auflage dieser Schrift veröffentlicht hatte, versucht, die Grundsätze, »welche bei Behandlung der Schusswunden damals geltend waren«, als Ganzes im Zusammenhange darzustellen und kam in Folge dieses Planes in die Nothwendigkeit, eben der angestrebten Vollständigkeit halber, Verhältnisse zu besprechen, welche den Schusswunden, als solchen, nicht specifik eigenthümlich und daher in den chirurgischen Handbüchern gründlicher abgehandelt sind, während die mehr anziehende Form von Berichten, welche besonders von französischen und italienischen Feldärzten in neuester Zeit so glücklich gewählt wurde, bei Seite gesetzt werden musste. Die Betrachtung der Schusswunden im Allgemeinen (S. 1—72) umfasst die Unterschiede der Verletzung nach Massgabe des Projectiles, die Betrachtung der Ein- und Ausgangsöffnung, die Blutungen, die Erschütterung, den Stupor und den Heilungsprocess der einfachen und complicirten Schusswunden. Im Abschnitte von der Behandlung der Schusswunden, obwohl im Ganzen ziemlich erschöpfend, scheint die Frage der Anwendung der kalten Fomente, des ersten Verhnndes und der frühzeitigen blutigen Erweiterung der Schusscanäle zu kurz behandelt zu sein. Von den während des Verlaufes der Heilung auftretenden Krankheiten (S. 30—71) ist die Pyämie sehr ausführlich geschildert, deren Entstehen nach Engel und Wunderlich zu erklären versucht, zugleich aber auch die mechanische Theorie geltend gemacht wird, dass die Schollen der zerfallenden Thromben die Emboliie in den Capillaren hervorrufen und so die metastatischen Abscesse erzeugen. Die im Verlauf von Schusswunden so häufig auftretenden Erscheinungen des Erysipels, des Hospitalbrandes und des Tetanus erscheinen sehr kurz besprochen.

Der specielle Theil (S. 73 bis Ende), welcher die Schussverletzungen in einzelnen Körpertheilen betrachtet und in welchem der Verfasser seine eigenen zahlreichen und gründlich beleuchteten Erfahrungen sichtet, enthält treffliche Bemerkungen, welche sich vorzüglich auf scharfe Indicationen zur Amputation oder Resection, auf gründliche Beleuchtung der zu wählenden Lagen und Verbände der verletzten Gliedmassen beziehen. Die Gehirnerschütterung und der Gehirndruck, bei denen vor dem, nach altem Herkommen noch leider sehr üblichen Venaeseciren im Anfangsstadium mit Recht gewarnt ist, sowie die Lehre von der Trepanation sind mit besonderem Fleiss bearbeitet.

Zu bedauern ist übrigens, dass in dieser zweiten Auflage, welche als getreue Copie der ersten erscheint, nicht die neueren Erfahrungen aus dem Krimfeldzuge und dem italienischen Kriege eingeflochten wurden, wodurch diese jedenfalls verdienstliche Arbeit des Verfassers neuen Reiz und eine namhafte Vervollständigung gewonnen hätte.

Miscellen, Amtliches, Personalien.

Notizen.

Zur Statistik der thierärztlichen Branche.

Die Wiener medicin. Wochenschrift bringt in ihrer letzten Nummer 30 unter den Notizen, ** Wien, am 26. Juli, die neue Organisation der militär. thierärztlichen Branche und zwar wie folgt: »Das Personale hat in Hinkunft zu bestehen, aus:

6	Ober-Thierärzten	I. Classe	—	früher	32,
6	» »	II. »	—	»	32,
36	Thierärzte	I. »	—	»	61,
43	»	II. »	—	»	60 und
44	Unter-Thierärzten		—	»	59.«

Wir haben in unserer letzten Nummer vom 27. Juli, Nr. 30, unter den Mittheilungen sub B eine »Statistische Uebersicht der feldärztlichen Branche etc.« gebracht, in welcher unter Nr. 11 die Militärärzte etc., basirt auf den Stand vom Mai 1860, wie folgt, beziffert erscheinen:

6 Ober-Thierärzte I. Classe, mithin der neuen Organisation gleich,
5 » » II. » 1 weniger als die neue Organisation,
14 Thierärzte I. » 22 » » » »
90 » II. » 47 mehr » » » »
53 Unter-Thierärzte, folglich 11 » » » » »

Da nun, wie hier genau ersichtlich gemacht ist, durch die neue Organisation nur in den unteren zwei Chargen eine Verminderung des Standes Platz zu greifen hat, während in der oberen (excl. der Ober-Thierärzte I. Classe) eine Vermehrung eingetreten ist, so muss Jedermann die Unrichtigkeit der Zusammenstellung der »Medicin. Wochenschrift« auffallen, nach welcher in allen Graden der Thierärzte eine bedeutende Verringerung, die bei den Ober-Thierärzten I. und II. Classe sogar das vierfache überschreitet, dargestellt ist. Ueberhaupt wäre genauer nachzuweisen gewesen, von welcher Zeit her sich der hohe Stand der Thierärzte, welcher unter dem früher gemeint sein will, datiren soll, denn gewöhnlich wird doch bei neuen Organisationen immer nur der letzte Effectiv-Stand zu vergleichsweisen Entgegenstellungen angenommen, und da selbst der Militär-Schematismus vom Jahre 1859 fast ganz genau den Stand der Thierärzte so bringt, wie wir ihn in unserer letzten Nummer gebracht haben, so ist unsere Behauptung offenbar die richtige.

Uebrigens sind wir in der Lage, die diessbezügliche Circular-Verordnung vom 13. Juli 1860, Abtheilung 3, Nr. 3096, in den wichtigsten Puncten wörtlich anzuführen, wodurch sich gleich im Anfange herausstellen wird, dass der Verfasser des erwähnten Artikels der Medicin. Wochenschrift, gering genommen, sehr oberflächlich berichtet hat. Die Verordnung lautet:

»Se. k. k. apost. Majestät haben mit allerh. Entschliessung vom 4. Juli d. J. folgende Aenderungen in der gegenwärtigen Organisation der militär-thierärztlichen Branche anzuordnen geruht: Das thierärztliche Personale hat im Frieden aus 6 Ober-Thierärzten etc. etc. zu bestehen.«

In der erwähnten Notiz heisst es aber wörtlich: »Zu Folge der eben erflossenen Organisation der militär-thierärztlichen Branche hat ihr Personale in Hinkunft zu bestehen aus: etc. etc.«

Der Wortlaut der Verordnung sollte doch hier nicht geändert erscheinen dürfen, da nach demselben bloss der Friedensstand normirt worden, daher für den Fall eines Krieges eine wahrscheinliche Vermehrung in Aussicht gestellt ist, was mit dem in der Notiz gebrachten Ausdrucke »in Hinkunft« durchaus nicht angedeutet wird. Abgesehen von dem unrichtigen Ausdrucke an und für sich, so gibt derselbe offenbar Anlass zu falschen Beurtheilungen und Jeder, der nicht in der Lage ist, das Verordnungsblatt selbst zu lesen, muss auf die Idee kommen, dass der ganzen Branche ein viel bedeutenderer Abbruch geschieht, als diess wirklich der Fall ist, weil die gebrachte Zusammenstellung sich nicht auf den letzten Effectiv-Stand, sondern, wie schon gesagt, auf eine unbekannte frühere Zeitperiode zu stützen scheint. Auch wäre zu erwähnen gewesen, dass in derselben Nummer des k. k. Verordnungsblattes, S. 391, sub §. 130, eigens bemerkt ist: »Civil-Schüler bestehen unter den früher (im §. 129) bezeichneten Verhältnissen und wird auf dieselben von der Militär-Verwaltung kein Einfluss genommen.«

Die Doctoren Caspar Singer von Szigetvár in Ungarn und Friedrich Jrtl von Schässburg in Siebenbürgen wurden am 24. Juli als Mitglieder des Doctoren-Collegiums in die medic. Facultät aufgenommen.

Das die Vorbereitungen zu der 500jährigen Jubelfeier unserer Hochschule vorberathende Comité hat die Professoren Dr. Schroff und Dr. von Stubenrauch zu Schriftführern gewählt. Se. Excellenz Graf L. Thun hat das Protectorat dieses Festcomité's angenommen.

Der pensionirte Landes-Medicinalrath von Croatien, Dr. Alexius Vancas, wurde zum Vicepräsidenten der croatisch-slavonischen Landwirthschafts-Gesellschaft gewählt und als solcher Allerhöchsten Ortes bestätiget.

Dr. Ludwig Redtenbacher, emerit. Professor der Zoologie an der Prager Hochschule, als Entomolog ersten Ranges in der wissenschaftlichen Welt weithin bekannt, wurde zum Vorstand des k. k. zoologischen Hofcabinetes ernannt. Derselbe war bisher als erster Custos-Adjunct allda thätig. Wir können diese Wahl nur als eine sehr glücklich getroffene bezeichnen und wünschen, dass die immensen Schätze dieses Cabinetes durch Vorträge der an dem Museum angestellten Herren Custoden den Fachmännern wie dem gebildeten Publicum in mehrfacher Weise zugänglich gemacht werden, wodurch einem wesentlichen Bedürfnisse im naturwissenschaftlichen Unterrichte Rechnung getragen wäre.

Mit grosser Spannung sieht man der Entscheidung von Seite des Unterrichtsministeriums bezüglich des von dem akademischen Senate eingebrachten Gesuches um Einführung der ungarischen Sprache an der Pester Universität entgegen. Dass diese Petition bisher keine guten Früchte trug, zeigt unter anderem die leider fait accomplie gewordene Resignirung des Professors Czermak, in welchem die Pester Hochschule eine ihrer tüchtigsten Lehrkräfte einbüsst.

Die Impfpreise für die in dieser Richtung thätigsten Aerzte des Erzherzogthumes unter der Enns wurden als 1. mit 210 fl. dem Wundarzte v. Kominek zu Ulrichskirchen, als 2. mit 157 fl. 50 kr. dem Wundarzte Polsterer zu Loosdorf, und als 3. mit 105 fl. dem Wundarzte G. Biegl zu Schottwien verliehen. Die im Impfungsgeschäfte besonders thätigen Personen wurden im Amtsblatt der Wiener-Zeitung vom 27. Juli namhaft gemacht.

Nekrolog. Der berühmte Chirurg Lenoir, Chef des Spitales Necker in Paris, als Anatom und Operateur im besten Andenken stehend, ist mit Tod abgegangen. Von seinen schriftstellerischen Arbeiten sind seine Notes à l'anatomie de Bichat, sein Memoire über die Bronchotomie, seine Operations que l'on pratique sur les muscles de l'oeil u. s. w. besonders erwähnenswerth. Kurz vor seinem Ableben bereitete er eine Monographie »über das Enchondrom« zum Drucke vor.

Veränderungen in der k. k. feldärztlichen Branche.

Transferirt:

RA. Dr. Heinrich Weisseles, vom 10. Kürassir- zum 30. Inf.-Rgt.
» Dr. Carl Dubovszky, vom 5. Jäger-Bat. zum 60. Inf.-Rgt.
» Dr. Franz Spanner, vom 60. Inf.- zum 10. Kürassir-Rgt.
OA. Dr. Ernst Chimani, vom 77. Inf.-Rgt. zum 5. Jäg.-Bat.
» Dr. Stefan Heinrich, vom 43. Inf.-Rgt. zum 28. Jäg.-Bat.
UA. Franz Politzky, vom 25. Jäg.-Bat. zum Küsten Artill.-Rgt.
» Moriz Patek, vom 15. zum 18. Inf.-Rgt.

Pensionirt:

St.-A. Dr. Mathias Schulhof, vom Invalidenhaus zu Padua.
OWA. Franz Sirach, vom 4. Inf.-Rgt.
» Michael Petrovich, vom 39. Inf-Rgt.
» Blasius Dobiasch, vom 11. Kürassir-Rgt.
» Franz Kopřiwa, vom 68. Inf.-Rgt.
» Franz Stolz, vom 10. Kürasir-Rgt.
» Carl Stolz, vom 8. Inf-Rgt.
» Valentin Stein, vom 41. Inf.-Rgt.
UA. Franz Krieghammer, vom Kais.-Jäg.-Rgt.
» Mathias Herzog, vom 68. Inf.-Rgt.

Ausgetreten:

OA. Dr. Ferdinand Junker, vom 3. Feldspital.
UA. Franz Hudetz, vom 33. Inf.-Rgt.
» Ferdinand Kotrba, vom 4. Inf.-Rgt.

Gestorben:

St.-A. Dr. Georg Kraftl, vom Garn.-Spital zu Lemberg.

Erledigung.

Die Salinen-Chirurgusgehilfen-Stelle in Wieliczka, in der 12. Diätenclasse, mit einem Jahresgehalte von 315 fl., Naturalquartier und dem Salzbezug jährlicher 15 Pfund per Familienglied, ist für einen absolvirten Wundarzt, welcher einer slavischen, vorzugsweise der polnischen, Sprache mächtig ist, zu besetzen. — Gesuche sind bei der k. k. Salinen-Direction in Wieliczka einzureichen.

Errata. In Nr. 30, pag. 490, sub Nr. 6 soll in der 11. Zeile stehen statt: »Truppen und« Truppencorps u. s. w., ferner in der letzten Zeile desselben Abschnittes Nr. 6 hat »herab« wegzubleiben. Pag. 485, 13. Zeile v. o. soll stehen: »31. December« statt 31. September.

Druck von Anton Schweiger in Wien.